مفهوم المشقة بين الطب و الشرع

"المنظور الطبي"

الدكتور/ محمود البربري

استشاري العناية المركزة و أستاذ مساعد العناية المركزة - جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية

مدينة الملك عبد العزيز الطبية – الحرس الوطني – الرياض barbarym@ngha.med.sa

مقدمة

يتعرض هذا البحث لمفهوم المشقة من المنظور الطبي و ذلك كجزء من تصور مفهوم و تطبيق القاعدة الفقهية الأساسية " **المشقة تجلب التيسير**" . و القواعد الفقهية تتعلق بالأحكام الواقعة على أفعال المكلفين في الفقه . وعلى خلاف القواعد الأصولية التي يستعملها المجتهد والفقيه في عملية استنباط الأحكام الشرعية من أدلة الكتاب والسنة، فالقواعد الفقهية بحكم كونها تتعلق بأفعال المكلفين ، فإن استعمالها ليس مقتصراً على الفقهاء والمجتهدين؛ بل يستعملها عموم الناس و منهم الأطباء .

و قد ذكرنا أن قاعدة " المشقة تجلب التيسير" هي قاعدة فقهية أساسية بناءا على تقسيم الفقهاء للقواعد الفقهية إلى أساسية وكلية ومذهبية و هذه القاعدة هي الرابعة ضمن القواعد الفقهية **الخمس** الأساسية **(الأمور بمقاصدها – اليقين لايزول بالشك –لا ضرر و لا ضرار – المشقة تجلب التيسير —— العادة محكمة)** .

و ذكروا شروطا **ثلاثة** لجلب التيسير و هي : ألا تصادم نصا شرعيا – ألا تكون مما لاتنفك عنها عادة العبادة أو التكليف – أن تكون مشقة زائدة عن المعتاد .

و قسموا المشقة **لثلاثة** أقسام ، إما خفيفة أو فادحة أو متوسطة .

و ذكروا لتطبيق القاعدة **سبعة أحوال** محتملة: المرض والسفر والإكراه والنسيان والجهل وعموم البلوى (أو العسر) والنقص والاضطرار.

و التيسيرقد يكون بأحد **الأوجه السبع** التالية : الإسقاط أو التنقيص أو التغيير أو الإبدال أو التقديم أو التأخير أو الترخيص .

و يتفرع تحديدا عن قاعدة المشقة **الأساسية** القواعد الفقهية **الكلية السبعة** الآتية :

١. الأمر إذا ضاق أتسع. ٢. الضرورات تبيح المحظورات. ٣. الضرورات تقدر بقدرها

٤. الاضطرار لا يبطل حق الغير. ٥. الحاجة تنزل منزلة الضرورة ، عامة أو خاصة

٦. كل رخصة أبيحت للضرورة و الحاجة ، لم تستبح قبل و جودها. ٧. يجوز في الضرورة ما لا يجوز في غيرها.

و هناك العديد من القواعد الفقهية المذهبية الأخرى التي تتعلق بالضرر و الضرورة و المشقة و الحرج و الحاجة مما لا تتسع هذه المقدمة المختصرة لذكره أو حصره و لذا اكتفينا بذكر القواعد **الكلية** السبعة المنبثقة من هذه القاعدة الفقهية **الأساسية** العظيمة " **المشقة تجلب التيسير**" .

المنظور الطبي للمشقة

سنتناول بإذن الله الجانبين التاليين في بحثنا عن المفهوم الطبي للمشقة

أولا : المشقة المتعلقة بالمريض

ثانيا: المشقة المتعلقة بالطبيب (أو بأيٍ من أفراد الفريق المعالج)

أولا : المشقة المتعلقة بالمريض

يعرف المرض في الإنسان بأنه حالة غير طبيعية تصيب الجسد البشري أو النفس البشرية بأذى و بذلك يكون من البديهي اعتبار المرض **ضرر** بما يجعله منضويا تحت القاعدة الفقهية الأساسية الثانية **(لا ضرر و لا ضرار)** بالإضافة إلى العديد من القواعد الفقهية الكلية و الفرعية المتعلقة بالضرر.

وتحميل المرض معنى الضرر أيضا يؤدي إلى اعتباره شيء دخيل و لا يُعتبر من المعتاد مهما طال ذلك المرض بناءاً على قاعدة " **الضرر لا يكون قديما**" و يؤدي ذلك إلى نتيجة هامة و هي اعتبار المشقة الناتجة عن المرض في كل الأحوال هي مشقة غير اعتيادية مما يضمنها أحد الشروط الثلاث اللازمة لجلب التيسير **(أن تكون مشقة زائدة عن المعتاد).**

و يقسّم الأطباء المرض (وبالتبعية مشقته) إلى **نوعين رئيسيين** : عضوي و نفسي مع احتمال وجود درجات متفاوتة من الاشتراك بينهما وكذا وجود درجات متعددة لشدة المشقة في كلٍ منهما.

و يعطي الأطباء للضرر النفسي ذات الأهمية المعطاة للضرر العضوي بل أحيانا يعطي بعض الأطباء للضرر النفسي حجم أكبر من الضرر العضوي مما قد يوجد إشكالية في بعض الأحوال التي يَطلب فيها الأطباء الرخصة لتجنب الضرر النفسي دون وجود أي خطر مادي على الحياة أو على عضو من الأعضاء.

و لقد ظل المنظور الطبي لدهور عديدة يعتمد على الطبيب في تحديد شدة المشقة للمرض العضوي و النفسي مما أدى في كثير من الأحيان وجود فوارق كبيرة في درجات التقييم من طبيب لآخر و بخاصة في الحالات المتوسطة أي تلك غير بالغة الشدة أو غير بالغة الخفة .

ثم مع تطور الطب و نشوء الجمعيات العلمية في التخصصات المختلفة، استحدثت المعايير و القياسات التي جعلت من تقييم الأطباء متقاربا إلى حد كبير و قلصت الاختلافات في تقييم طبيعة و شدة المرض وبالتالي مشقته و إن لم تلغها تماما .

و قد ساهمت الأبحاث العلمية الطبية المتعلقة بموضوع **مآل الأمراض** (prognosis) بصفة خاصة في تحسين قدرة الأطباء في توقع نتائج الأمراض ومضاعفته أو آثاره المحتملة على المريض. فمثلا يمكن

للأطباء من تحديد نسبة مئوية دقيقة إلى حد كبير لاحتمال حدوث المضاعفات (كالوفاة أو الشلل أو فقد عضو أو ما شابه ذلك) إذا تم إجراء (أو عدم إجراء) تدخل جراحي معين لحالة مرضية محددة (مثل سرطان الثدي أو كسر فقرات الرقبة مثلا) . بل أكثر من ذلك فيمكن للأطباء في كثير من الحالات تحديد هذه النسبة المئوية ليس بصفة عامة للمرض بل بصفة خاصة لمريض بعينه بناءا على وجود (أو انعدام) عوامل خطر محددة ومعروفة مسبقا (كالسكري أو ضغط الدم المرتفع) يرتبط كل عامل منها بنسبة مئوية معينة لإمكانية حدوث أحد المضاعفات ، و هذا الأمر ينطبق ذلك على العديد من العِلاجات أو التدخلات الطبية المختلفة لمختلف المرضى.

و قد أدى هذا التطور الطبي إلى تحسين قدرة الأطباء على تقييم مشقة المرض من الجهة العضوية بصورة موضوعية تعتمد أساساً على عاملين رئيسيين:

العامل الأول هو المعرفة الدقيقة لطبيعة المرض (أو التدخل الطبي اللازم) و أثره العضوي و النفسي المحتمل على المريض.

و**العامل الثاني** هو تحديد النسبة المستقبلية لاحتمال حدوث النتائج أو المضاعفات للمريض .

ومن هذيْن العامليْن يمكن للطبيب وصف مشقة مرض هبوط عضلة القلب مثلاً من حيث قدرات وظائف الجسم المختلفة أثناء وجود ذلك المرض (كتأثيره على الحركة و التنفس و الجماع و النوم و غير ذلك) و كذا يمكن للطبيب بدرجة كبيرة من الدقة وصف تغير هذه القدرات (سلبا أو إيجابا) في حالة إجراء تدخل علاجي معين مما يُمَكّن من وصف درجة المشقة العضوية (الحالية و المستقبلية) بصورة دقيقة.

أما فيما يتعلق بتقييم المشقة من الجانب النفسي فينقسم إلى قسمين :

القسم الأول يتعلق بالآثار النفسية المتعلقة بالمرض العضوي و هذه بدورها تنقسم إلى شقين حاليّة و مستقبلية . فأما الحاليّة فيمكن تقييم شدتها و مشقتها بدقة كافية . وأما المستقبلية فلا يتوفر حتى الآن وسائل دقيقة تمكن الأطباء من توقع الآثار النفسية المستقبلية للغالب من الأمراض العضوية (أو التدخلات العلاجية) على مريض معين فيما عدا بعض الاستثناءات التي يتوفر فيها للأطباء دراسات جيدة تمكنهم من توقع حدوث أعراض نفسية جانبية لبعض الأدوية و كذا وجود دراسات تعطي نسبة مئوية لحدوث أضرار نفسية محتملة مصاحبة لبعض الأمراض العضوية (كبعض أنواع السرطان مثلاً) و لكن تبقى هذه النسب نسباً عامة لا يمكن الجزم بحدوثها في مريض بعينه و يبقى الأمر مبنياً على غلبة الظن (كما هو الشأن في معظم الأمور الطبية) و ينطبق عليه ما قاله الإمام السرخسي بأنه مالا طريق لمعرفته حقيقةً يُكتفى فيه بغالب الظن.

أما القسم الثاني فهو الخاص بتحديد المشقة المتعلقة بالأمراض النفسية الخالصة. وهذا القسم قد حدث فيه تطوراً كبيراً (وإن كان أقل من التطور الموجود في الأمراض العضوية) و أصبح من الممكن للطبيب النفسي المختص الحاذق أن يعطي توصيف دقيق لمشقة الأمراض النفسية المختلفة و تأثيراتها المختلفة على المريض بناءاً على العاملين الأساسيين السابق ذكرهما و هما **العامل الأول** هو المعرفة الدقيقة لطبيعة المرض النفسي (أو التدخل الطبي اللازم كالدواء النفسي أو الصدمات الكهربائية) و أثرذلك على قدرات المريض المختلفة (العقلية و الجسمية) و معاناته منها، و**العامل الثاني** هو تحديد النسبة المستقبلية لاحتمال حدوث النتائج أو المضاعفات للمريض.

و مع ذلك بقيت إشكالية هامة في هذا الصدد لم يتم التصدي لحلها حتى وقت قريب و هي أن التقييم الصادر لهذه المشقة الخاصة بالمرض يُقدَم من وجهة نظر الأطباء وهذا التقييم قد يكون مخالفاً تماما لتقييم المريض. فقد يتصور الطبيب مثلاً أن مشقة الإسهال العادي مثلاً مشقة يسيرة في حين أن الحارس الذي لا يمكنه ترك مكان عمله يعتبرها مشقة كبيرة ، و قد يعتبر معظم الأطباء أن التأثير البسيط على الحركات الدقيقة للأصابع أمر محتمل في حين إن هذا الأمر قد يشكل مشقة كبيرة لرجل يعمل في إصلاح الساعات يعتمد على حركات يده الدقيقة في كسب عيشه و هكذا في كل مشقة متعلقة بأي مرض.

و في العقد الأخير أُسْتُحدِثَت عدة وسائل تُمَكّن من قياس تقييم المريض (لا الطبيب) لشدة المشقة من وجهة نظر المريض (disutility factors) و تحويل ذلك إلى قياسات رقمية يمكن استخدامها. ومن أمثلة هذه الطرق (Time trade off–visual analog scale) ، (المقياس البصري التناظري–المقايضة بالوقت) و غيرها من الطرق المذكورة في مراجع الطب المبني على البراهين. و تم كذلك استحداث مقاييس لنوعية جودة الحياة (Quality of life measures) . والواقع أنه في مجال البحث الطبي قد حدث تطور محدود في السنوات الأخيرة في المجال البحثي النوعي (Qualitative Research) الذي يعنى بمثل هذه الأمور و إن كان واضحاً أن هذا التطور مازال أمامه الكثير ليصل إلى مستوى المجال البحثي الكمي (Quantitative Research) الذي سبقه كثيراً في المجال الطبي .

و بالإضافة إلى ما سبق ذكره من المشقة المتعلقة بحالة المرض فهناك أيضا مشقة قد تلحق بالمريض تتعلق بالمكان الطبي و ليست ذو علاقة مباشرة بالمرض و مثال ذلك مشقة الحصول على الماء أو التراب للوضوء و التيمم أو مشقة تغيير اتجاه السرير لاستقبال القبلة و غير ذلك من الأمور التي في معظمها يمكن تلافيه إذا بذلت إدارات المستشفيات جهدها لحل هذه المعوقات و التي قد تزيد من مشقة المريض.

ثانيا: المشقة المتعلقة بالمُعَالِج (بالطبيب أو بأيٍ من أفراد الفريق المعالِج)

الفريق الطبي المُعَالِج يشتمل على العديد من الأفراد في تخصصات مختلفة فمنهم الطبيب و الممرضة و فني الأشعة و غيرهم الكثير .

و لن نتطرق في بحثنا هذا عن المشقة المعتادة المرتبطة بهذه المهن الطبية و التي تعتبر لازمة لها مثل النوبات الليلية و ساعات العمل الطويلة و الضغط العصبي الكبير و ما إلى ذلك مما قد يعتبر تحت بند المشقة العادية التي لا تنفك عنها الأعمال الطبية و بذلك لا تكون مسوغة عند الكثيرون لمناط التيسير الشرعي بأوجهه السبعة إذا اعتبرت غير زائدة عن المعتاد .

إلا أنه يمكن التعرف على نوع من المشقة الزائدة المتعلقة بالمُعالِج وهي لا تتعلق بحالة المرض بصورة مباشرة و إنما تتعلق بأحوال أخرى من الأحوال السبعة الذكورة بالمقدمة و بخاصة حالة الاضطرار وحالة عموم البلوى (العسر).

و من ذلك مشقة التحرّز من النجاسات في الملابس و الاضطرار في بعض الأحوال للبقاء بغرفة العمليات لوقتيْن متصليْن من أوقات الصلوات ومشقة الذهاب للمسجد في وقت العيد والجمعة لأطباء الطوارئ و العناية المركزة (إن لم يكن بالمستشفى مسجد جامع) وتطبيب الجنس الآخر واستعمال الكحول و غير ذلك مما قد يسوّغ التيسير بوجه أو أكثر من أوجه التيسير السبعة المذكورة آنفاً بمقدمة هذا البحث.

و ينبغي للأطباء مراجعة الضوابط و الفهم الصحيح لقواعد الاضطرار حتى يمكنهم من تنزيل أحكام الاضطرار المنزل الصحيح .

أما حالة عموم البلوى فإن الكثير من هذه الأمور المتعلقة بها يمكن معالجتها و تلافيها إذا بذلت إدارات المستشفيات جهوداً صادقة لإيجاد حلولاً عملية لتلك المشكلات و رفع المشقة عن العاملين في المجال الطبي في هذه الأمور و يشمل ذلك مراعاة هذه الأمور في التصميم الهندسي للمنشأة الطبية وطريقة توزيع الغرف و طريقة التجهيز الداخلي للمبنى و توفير العمالة اللازمة و توزيعها الصحيح بين الجنسين وتوفير الأدوات اللازمة لتيسر بعض الأمور (كصندوق الطهارة – ملابس ساترة و غيرها) . هذا إضافة إلى تطوير نظم العمل و لوائحه التي تيسّر للعاملين الكثير من الأمور أثناء أدائهم للعمل الطبي داخل المنشأة الصحية و ترفع عنهم الحرج .

و الواقع أن هناك أمثلة رائدة في بعض الدول الإسلامية أو المستشفيات الإسلامية التي استطاعت أن توجد حلولا ناجحة للعديد من المشكلات التي كانت تؤدي إلى مشاق عديدة للأطباء و الممرضات و من أمثلة ذلك وزارة الصحة السعودية و الجمعية الطبية الإسلامية بمصر و المستشفى الإسلامي بماليزيا و غيرهم الكثير مما لا يتسع المجال لذكره في هذا البحث.

و أخيراً فإنني أرجو أن يسهم هذا البحث في **أمرين رئيسيين:**

١. أن يساهم ذلك البحث في إنشاء منهج جديد للأخلاق الطبية الحيوية الإسلامية تكون قواعده هي تلك القواعد الفقهية الرئيسية و ما ينبثق عنها من القواعد الفقهية الكلية أو ما يشتق منها من القواعد الفقهية الفرعية أو المذهبية . و سيكون ذلك المنهج بلا شك أعم و أشمل من ذلك المنهج الغربي المبني على القواعد الأربع المعروفة (النفع – عدم الإيذاء – الاستقلال – العدل) و التي تقصر بكثير في فلسفتها عن القواعد الفقهية الخمس الرئيسية فضلاً عن استيعاب القواعد الفقهية الرئيسية و الكلية لتلك القواعد الغربية الأربع مع الوضوح التام لمنهج تطبيقها و الترجيح بينها الأمر الذي يفتقد إليه المنهج الغربي للأخلاق الحيوية .

٢. أن يساهم ذلك البحث في زيادة الروابط بين الفقه و الطب ويكون إسهاماً في تعريف الأطباء بالقواعد الفقهية اللازمة لهم ليس فقط للعمل في مهنتهم بمقتضى الشرع بل أيضاً لأن هذه القواعد الفقهية تعينهم على الإدراك الصحيح للفتاوى الطبية و إعطاء الأطباء القدرة على تطبيقها التطبيق السليم عند الحاجة في الممارسات الطبية ، هذه الممارسات التي تتطلب في كثير من الأحيان قرارات سريعة و صعبة في أوقات حرجة و لن يعصمهم من الزلل إلا فضل الله سبحانه ثم الفهم الصحيح ، فركن الفهم يعد بحق أول ركن من أركان العمل للإسلام .